



ATTACHER LE RECEPISSE DE LA FINANCE D'INSCRIPTION

FORMULAIRE D'INSCRIPTION A LA FORMATION D'AUXILIAIRE DE SANTE CRS

Nom : Prénom :

Adresse : NP/Lieu :

Téléphone privé : Téléphone professionnel :

Téléphone portable : Courriel :

Date de naissance : Nationalité : Type de permis de séjour :

JOINDRE UNE COPIE

État-civil : Enfant(s) : Âge(s) :

Profession apprise : Langue maternelle :

Activités professionnelles passées, expériences de vie :

Activité actuelle :

Lieu :

Avez-vous une expérience dans le domaine des soins ? oui non

Si oui : hôpital soins à domicile
 home soins d'un parent ou voisin

Combien de temps avez-vous travaillé dans les soins ?

Motivations de la fréquentation du cours :

La formation est **payée par** : (cocher ce qui convient)

Employeur : Home Nom :

Soins à domicile Nom :

Moi-même

Autre institution Nom :

ORP Nom du conseiller :

N° de téléphone :

Je désire suivre la formation à : Neuchâtel dates :

La Chaux-de-Fonds dates :

Votre inscription n'est prise en considération qu'après paiement de la finance d'inscription.

J'ai pris connaissance des informations et conditions générales de participation concernant la formation "Auxiliaire de santé CRS" et me déclare d'accord avec celles-ci.

Date : Signature :

Envoyer à :

Croix-Rouge neuchâteloise, Secteur Formation, avenue du Premier-Mars 2a, 2000 Neuchâtel

Laisser libre :

Finance d'inscription

Permis de séjour

Stage d'observation

Permis de travail

Reçu le :

Séance info le :

Formation n°:

Divers :